東京逓信病院　緩和ケア研修会　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名（施設） |  |
| 診療科（部署） |  |
| 役職 |  |
| 氏名 | フリガナ |  |
|  |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 性別 | 男 |  | 女 |  |
| 医籍登録番号医籍登録年 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 臨床経験 | 　　　　　　　　年 |
| 緩和ケア経験 | 　　　　　　　　年 |
| 　\*研修会終了後、氏名および病院名を東京都等の　 ホームページで公開(緩和ケア研修会の修了者　 名簿等)することについて､ご承諾いただけますか。 | 　可　 | 否 |  |
|  |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| E-mail |  |
| お弁当利用の有無 | １１月２６日（土） |  | １１月２７日（日） | 　　　 |  |

**★氏名は修了証作成のデータとなりますので医籍登録されている氏名・字体で正確な漢字でご記入ください。**

**★性別の【男・女】、ホームページ公開の【可・否】の所は、該当箇所に○を入れて**

**ください。**

**★お弁当をご希望する方は、該当する日に○を入れてください。**

**お弁当は１日１，０００円です。２６日（土）受付時にお支払いください。**